

Atualização científica em Ginecologia e Obstetrícia

Edição #5 · 13 – 19 de junho de 2026

Dados conferidos contra a fonte primária em 10/06/2026

*“Diagnóstico real. Não consulta rápida.”***Dr. Itamar Santana — Ginecologista e Obstetra · CRM-PE 23.569 · RQE 9.955**WhatsApp (81) 99183-9111 · dritamarsantana.com · @dr.itamarsantana · ELLAS Saúde Integrada,
Tamarineira — Recife-PE

PDF personalizado · 6 estudos selecionados

DIRETRIZ · SPECIAL STATEMENT

SMFM · Special Statement · Pregnancy · 2026

Alergia à penicilina na gestação: investigar e “desrotular” antes de trocar o antibiótico

A Society for Maternal-Fetal Medicine publicou Special Statement (2026) sobre o relato de alergia à penicilina na gravidez. Cerca de 8% das gestantes relatam alergia, mas a grande maioria não é verdadeiramente alérgica — a reação nunca existiu ou já se perdeu com o tempo. Manter o rótulo sem investigar leva a antibióticos alternativos, mais caros, menos eficazes e com mais risco materno.

- ~8% das gestantes relatam alergia à penicilina; a maioria não tem alergia verdadeira
- O rótulo equivocado leva a antibióticos de 2ª linha — pior eficácia e mais risco materno
- Avaliação do risco da reação deve guiar testagem cutânea / desafio oral quando indicado
- “Desrotular” libera a penicilina para profilaxia de GBS e infecções obstétricas de 1ª linha

Implicação clínica: Toda gestante que relata alergia à penicilina merece anamnese estruturada da reação. Em casos de baixo risco, encaminhar para testagem/desafio permite remover o rótulo e devolver o antibiótico de primeira linha — mais seguro na profilaxia do estreptococo do grupo B.

Pregnancy (SMFM) — DOI 10.1002/pmf2.70275

Placenta lateral é marcador de risco para pré-eclâmpsia, baixo peso e prematuridade

Meta-análise de 21 estudos (162.727 gestações únicas) mostra que a implantação lateral da placenta — associada a pior fluxo útero-placentário — eleva o risco de desfechos adversos maternos e perinatais. A associação persiste mesmo após ajuste para fatores de confusão.

- Pré-eclâmpsia: OR 1,65 (IC95% 1,25–2,19)
- Pequeno para idade gestacional: OR 1,40 (1,17–1,68); ajustado aOR 1,84 (1,33–2,53)
- Parto prematuro <34 sem: OR 2,10 (1,62–2,72); <37 sem: OR 1,50 (1,26–1,80)
- Placenta retida: OR 2,52 (1,60–3,95); apresentação não-cefálica: OR 1,50 (1,19–1,89)

Implicação clínica: Registrar a localização placentária no ultrassom morfológico tem valor prognóstico. Diante de placenta lateral, considerar vigilância reforçada do crescimento fetal e da pressão arterial — sem alarmismo, mas com atenção dirigida.

BJOG — DOI 10.1111/1471-0528.70278

Restrição de crescimento que “resolve” no 2º trimestre ainda deixa risco neonatal

Coorte de 20.022 gestações únicas: a restrição de crescimento fetal (RCF) detectada no ultrassom morfológico (18–24 sem) que depois normaliza não zera o risco. Comparada a fetos sem RCF, a RCF resolvida ainda se associou a mais morbidade neonatal grave, desconforto respiratório e prematuridade — risco intermediário entre normal e RCF persistente.

- RCF precoce em 3,2% (636); resolveu em 28,5%, persistiu em 71,5%
- RCF resolvida vs sem RCF — morbidade neonatal grave: aOR 1,80 (IC95% 1,10–2,83)
- Desconforto respiratório: aOR 3,30 (1,01–8,90); prematuridade: aOR 2,04 (1,18–3,34)
- Necessidade de nutrição parenteral: aOR 3,66 (1,71–7,17); risco em gradiente crescente

Implicação clínica: RCF que aparece no morfológico e depois normaliza é marcador de vulnerabilidade residual. Não dar alta da vigilância só porque o peso 'voltou ao normal' — manter acompanhamento e planejar o parto em centro adequado.

AJOG MFM — DOI 10.1016/j.ajogmf.2026.102020

SOP + apneia do sono: risco aumentado de trombose, sobretudo embolia pulmonar

Coorte multicêntrica (TriNetX) com pareamento por escore de propensão: entre mulheres com síndrome dos ovários policísticos (SOP), a apneia obstrutiva do sono associada elevou o risco de eventos tromboembólicos — em especial embolia pulmonar — com persistência no seguimento de longo prazo.

- 20.052 mulheres pareadas (10.026 por grupo), 18–45 anos
- Embolia pulmonar: 2,88 vs 1,48/1000 pessoas-ano — HR 1,95 (IC95% 1,50–2,54)
- Tromboembolismo venoso: 3,74 vs 2,87/1000 pessoas-ano — HR 1,32 (1,07–1,61)
- Associação mantida em subgrupos e ao longo do seguimento

Implicação clínica: Na mulher com SOP, perguntar sobre ronco, sonolência e pausas respiratórias. Rastrear apneia e reforçar a avaliação de risco trombótico pode mudar condutas — da escolha contraceptiva ao manejo perioperatório.

BJOG — DOI 10.1111/1471-0528.70274

Gravidez em cicatriz de cesárea levada adiante: alto risco de histerectomia

Registro internacional (21 centros, 13 países) de gestações em cicatriz de cesárea manejadas de forma expectante: dos 115 casos viáveis, dois terços chegaram a ≥ 23 semanas, mas quase metade terminou em histerectomia periparto. A espessura miometrial residual e a vascularização subplacentária no 1º trimestre ajudam a prever o risco.

- Nascidos vivos: 77/115 (67%); perda no 2º trimestre: 38/115 (33%)
- Histerectomia periparto: 50/115 (43,5%)
- Espessura miometrial residual $< 2,5$ mm identificou 80% das histerectomias (S 64%, E 75%)
- Vascularização subplacentária aumentada: OR 4,13 (IC95% 1,09–18,4)

Implicação clínica: Diante de gravidez em cicatriz de cesárea que a paciente deseja manter, o aconselhamento precisa ser honesto: risco real de perda e de histerectomia. Ultrassom precoce e detalhado (espessura miometrial, vascularização) é essencial para estratificar e planejar.

AJOG — DOI 10.1016/j.ajog.2026.05.023

Câncer de endométrio: cirurgia robótica converte menos para laparotomia

Estudo de efetividade comparativa no National Cancer Database (210.615 pacientes, estádios I–III, 2012–2023): na histerectomia minimamente invasiva por câncer de endométrio, a abordagem robótica associou-se a menos conversão para cirurgia aberta, menos reinternação e menor mortalidade perioperatória que a laparoscopia convencional.

- Conversão p/ laparotomia: 1,5% (robótica) vs 6,3% (laparoscopia) — IRR 0,22 (IC95% 0,21–0,24)
- Conversão caiu ao longo de 12 anos nas duas vias
- Reinternação: 16,9 vs 19,0/1000 (IRR 0,89); mortalidade perioperatória: 2,0 vs 2,6/1000 (IRR 0,80)
- Tamanho tumoral é o principal motor da conversão (inflexão 5 cm robótica, 4 cm laparoscopia)

Implicação clínica: Reforça o papel da via minimamente invasiva no câncer de endométrio inicial e sugere vantagem da plataforma robótica na redução de conversão — útil no planejamento cirúrgico e no aconselhamento.

AJOG — DOI 10.1016/j.ajog.2026.05.024